Formation Prévention des Risques Professionnels

# Demande d'inscription 2009

Toute candidature est soumise à étude avant acceptation. L'inscription définitive sera confirmée par la Cram

## Partie à compléter par l'entreprise

Stage souhaité : _____

DATES : _____

LIEU : _____

N° SIRET (impératif) : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|

☐ Entreprise du Régime Général ☐ Organisme de Formation ☐ Entreprise hors Régime Général

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nature de l'activité : _____

Effectif : _____

Fiche complétée par : _____

Fonction : _____

Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Mail : _____

Par quel technicien de la Cram êtes-vous suivi ? _____

Ce qui vous amène à faire cette demande de formation : _____

Date et signature de l'employeur : Cachet de l'établissement :

**Merci de remplir au verso, la partie réservée au candidat...**

*Le traitement de ces informations fait l'objet d'une gestion informatisée. La personne concernée peut, conformément aux dispositions de la loi n° 78/17 demander auprès des services de la Cram la communication et éventuellement la rectification des informations la concernant.*

*Il est indispensable que le contrat d'assurance en responsabilité civile de l'entreprise couvre le salarié dans le cadre du stage organisé par la Cram Rhône-Alpes.*

Formation Prévention des Risques Professionnels

# Demande d'inscription 2009

Toute candidature est soumise à étude avant acceptation. L'inscription définitive sera confirmée par la Cram

## Partie à compléter par le candidat

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. (facultatif) : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| E-mail : _____

PARTICIPATION à une instance dans le domaine de la sécurité et des conditions de travail :

Président de CHSCT : ☐ OUI ☐ NON Secrétaire de CHSCT : ☐ OUI ☐ NON

Membre de CHSCT : ☐ OUI ☐ NON Délégué du personnel : ☐ OUI ☐ NON

SECTEUR D'ACTIVITE : ☐ Production ☐ Entretien ☐ Bureau d'études, méthodes ☐ Qualité

☐ Sécurité ☐ Environnement ☐ Gestion, Administration ☐ Service Médical ☐ Ressources Humaines

Autre (à préciser) : _____

FONCTION : ☐ PDG Gérant ☐ Ingénieur, Cadre ☐ Agent de maîtrise ☐ Ouvrier ☐ Formateur

☐ Directeur ☐ Technicien ☐ Employé ☐ Infirmier

Autre (à préciser) : _____

Encadrez-vous une équipe ? : ☐ OUI ☐ NON Animez-vous des réunions ? : ☐ OUI ☐ NON

Stages déjà effectués à la Cram par le candidat : _____

Quelles sont vos attentes par rapport à ce stage ? : _____

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Signature du candidat :

## Pour les candidats à une formation de moniteur SST

1 Nombre de SST à recycler : |_|_| Nombre de SST à former : |_|_| Nombre de moniteurs en activité : |_|_|

2 Photocopie de votre certificat Sauveteur Secouriste du Travail, à jour de recyclage.

3 Justificatif du pré-requis en prévention.

4 Si établissement déjà conventionné, indiquer le n° de convention : |_|_|_| SST |_|_| |_|_|_|

5 Accord du médecin du travail : ☐ OUI ☐ NON

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Signature et cachet du médecin du travail :